

CORIOCARCINOMA PRIMITIVO DE PULMON. PRESENTACION DE UN CASO Y REVISION DE LA LITERATURA

J. ZAPATERO GAVIRIA, J. BELLON CANEIRO,
C. BAAMONDE LABORDA, F. GONZALEZ ARAGONESES,
J.M. CUBILLO MARCOS, E. ORUSCO PALOMINO,
M. PEREZ GALLARDO, J. ZAPATERO DOMINGUEZ
y E. FOLQUE GOMEZ

Servicio Cirugía Torácica. Hospital Provincial.
Madrid.

Introducción

Los corioepiteliomas pulmonares son tumores conocidos desde hace tiempo. Marchand en 1894, fue quien descubrió el verdadero origen del corioepitelioma y le dio este nombre.

En la revisión de la literatura que hemos efectuado detalladamente, hemos encontrado 14 casos, además del relatado por nosotros. Son éstos los de Brouet y cols.¹, Cacciamani², Coury y Cabanne³ (2 casos), Datkhaey⁴, Gerin-Lajoie⁵, Giard y Crinquette⁶, Guichard y cols.⁷, Hakayama y cols.⁸ (2 casos), Kay y cols.⁹, Martínez-Bordiu y cols.¹⁰, Rybakowa¹¹, Schultz y cols.¹²; todos ellos como formas de coriocarcinoma primitivo de asiento pulmonar.

Observación clínica

Enfermo de 67 años con historia de resección gástrica por ulcus duodenal, hace 23 años. Al ser visto por el neumólogo, refiere espectoración hemoptoica desde hace tres meses, que le aparece de forma intermitente.

Se le practica un estudio radiológico de tórax, apreciándose foco de condensación de unos 3,5×2 cm, situado en lóbulo superior izquierdo, de configuración triangular, apareciendo por debajo del mismo una extensa zona infiltrativa (figs. 1 y 2).

La analítica de sangre y orina es normal. Gasometría arterial normal. En la espirometría, la capacidad vital es de un 78 % con respecto a su valor teórico, siendo los valores de VEMS y MCV de 75 %.

El examen citológico del esputo no objetiva presencia de células con estigmas de neoplasia. La baciloscopia (extraído gástrico y esputo) es negativa, existiendo una hiperergia tuberculínica ante una solución de tuberculina antigua al 1 por 1.000.

La broncoscopia pone de manifiesto a nivel de la embocadura del lobar superior izquierdo, una zona edematizada en su espón inferior. Del segmento interno de la llingula, mana abundante secreción hemática que impide la visión del mismo, aunque parece que se encuentra la luz estenosada. Se hacen dos tomas de biopsia, cuyo estudio anatomopatológico resulta ser negativo.

En el electrocardiograma existe un bloqueo de rama derecha.

Es diagnosticado de tuberculosis pulmonar infiltrativa, siguiendo un tratamiento con hidracidas, etambutol y rifampicina, por espacio de dos meses, con el que el enfermo mejoró de estado general, pero siguió con los episodios de hemoptisis. Las baciloscopias continuaron siendo negativas, encontrándose una inmunoelectroforesis positiva para el aspergilus, además de aparecer dos citologías en esputo sospechosas.

Se repite el estudio endoscópico, que pone de manifiesto hemorragia procedente del segmento inferior de la llingula, con una mucosa de aspecto inflamatorio, sin encontrar imágenes sospechosas de infiltración.

Ante la persistencia inespecífica del cuadro clínico, se decide la práctica de la intervención, realizándose: toracotomía

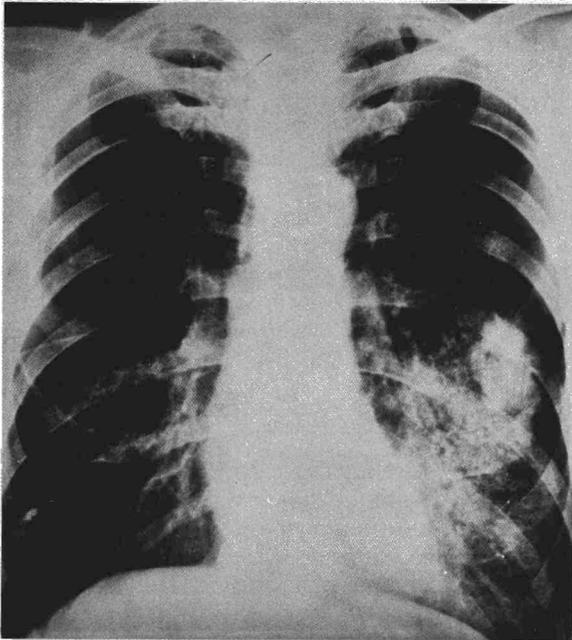


Fig. 1. F.R.E. 67 años. Radiografía posteroanterior de tórax que muestra una opacidad en hemitórax izquierdo.



Fig. 2. Plano tomográfico a 11 cm que muestra más claramente la lesión.

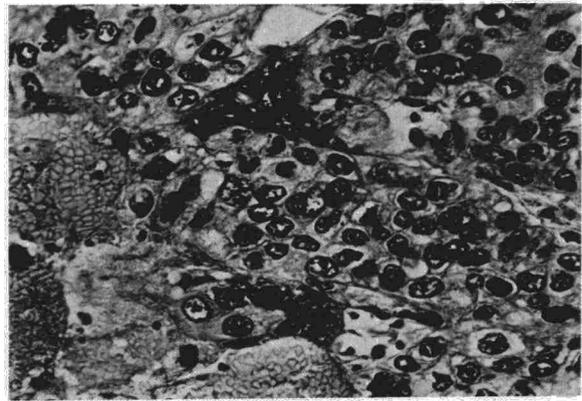


Fig. 3. HE 400 x. Aspecto a gran aumento de la neoplasia que aparece compuesta por una proliferación de elementos poligonales de citoplasma claro con hipercromasia nuclear y nucleolos prominentes que se agrupan en placas y cordones, apreciándose claramente la ordenación vellositaria en donde se estratifica el componente citotrofoblástico con el componente sincitial, este último en contacto con áreas de extravasación sanguínea.

postero-lateral «standard» izquierda, por sexto espacio intercostal, con resección costal. Se encuentra pulmón con adherencias, presentando el lóbulo superior una distrofia bullosa, existiendo en el seno del mismo próximo a la vertiente cisural una tumoración de unos 5×5 cm, que obliga a la práctica de una lobectomía superior izquierda. El postoperatorio transcurre sin incidencias dignas de mención.

El examen anatomopatológico de la pieza, muestra un área de induración nodular de unos 5 cm de diámetro, situada por debajo de la pleura visceral, que a este nivel aparece engrosada y de coloración blanquecina. Al corte se observa un parénquima congestivo de áreas de destrucción diseminadas, localizadas en las posiciones subpleurales y un nódulo neoplásico de 4,5 cm necrosado en su centro, de coloración amarillenta con zonas hemorrágicas. Desde el punto de vista histológico, aparece compuesto por una proliferación de células poligonales dispuestas en cordones, con citoplasma claro y núcleo polimorfo con mitosis. Estos elementos presentan algunas inclusiones globulares acidófilas. Sobre ellos se dispone en puntos células gigantes multinucleadas de aspecto sincitial (fig. 3). El cuadro anatomopatológico corresponde a un coriocarcinoma.

El postoperatorio es de curso y evolución normal. Durante el mismo y tras conocer el diagnóstico patológico, se efectuaron una serie de pruebas, entre las cuales figuran una reacción de Galli-Mainini que resultó ser negativa, determinaciones por radioinmunoensayo de hormona estimulante folicular (FSH) y hormona luteinizante (LH), también con cifras normales, siendo la cifra de gonadotrofina coriónica ligeramente positiva (5 mliu/ml).

Por otra parte la exploración de genitales resultó ser normal. En la actualidad, habiendo transcurrido tres años, el enfermo vive perfectamente, sin existir ningún signo de recurrencia, como hemos podido comprobar en la serie de reconocimientos efectuados periódicamente, tanto en su tórax, como en su aparato genital y en los demás órganos estudiados, lo que nos hace afirmar que se trata de un coriocarcinoma de asiento primitivo pulmonar.

Discusión

En la placenta existen dos partes, una uterina y materna formada por la mucosa decidual y otra fetoembrionaria denominada trofoblasto, constituida por vellosidades a su vez con tres partes: un eje mesenquimatoso, por donde circulan los vasos y sobre el cual se superponen sucesivamente, una

capa de células de Langhans o citotrofoblasto y otra más superficial de células plasmoidales. Es a partir del trofoblasto donde se desarrollan estos tumores.

En la mujer el tumor sucedería a una placenta patológica, que habría sufrido una transformación más o menos molar.

En el hombre los corioepiteliomas pulmonares reconocen como origen principal el metastásico de tumores genitales testiculares primitivos¹³, pudiendo también ser debidos a que los genocitos en su emigración, hubieran errado el camino, implantándose en el pulmón y luego, por las circunstancias que fueran, se desarrollasen en el mismo.

Cacciamani², refiere que en el hombre, el coriocarcinoma primitivo, aparece fundamentalmente entre los 20 y los 30 años de edad, localizado en testículos, mediastino, pulmón, vejiga de la orina, próstata o glándula pineal. Es una neoplasia muy rara sobre todo en su localización primitiva pulmonar.

Desde el punto de vista clínico, según Zapatero y cols.¹⁴ nos podemos encontrar con varias formas de manifestación: *a.* síndrome local y radiológico, que puede adoptar la forma metastásica difusa o la forma única de aspecto tumoral; *b.* síndrome general caracterizado por gran decaimiento del estado general del enfermo; *c.* síndrome humoral caracterizado por la hiperproliferación B.

También en el hombre puede observarse un síndrome de feminización con ginecomastia, pérdida de la libido y atrofia testicular¹⁵.

La hemoptisis recidivante y poco abundante sería el síntoma más frecuente. El dolor torácico y la disnea progresiva, junto con la tos seca y pertinaz son otros síntomas de mayor frecuencia.

Las modificaciones hematológicas en la analítica son a veces significativas. A veces hay leucocitosis con neutrofilia y velocidad de sedimentación elevada.

Estos tumores segregan hormonas placentarias produciendo prolina B¹⁶. El hallazgo de una prolina B tiene un valor considerable, tanto desde el punto de vista diagnóstico como pronóstico. Sin embargo, en un número muy reducido de casos, no se encuentra prolina B en sangre, a pesar de existir el tumor, lo que nos tiene que llevar a la conclusión de que un test negativo no excluye la existencia de la neoplasia.

Radiológicamente algunos autores conceden especial interés a un *flou* que a veces aparece alrededor de la imagen nodular. Las formas miliares o micronodulares se observan frecuentemente en la mujer, correspondiendo fundamentalmente a diseminaciones metastásicas.

La broncoscopia no aporta ningún dato del interés para el diagnóstico.

El diagnóstico prevoz, a base de los tests para la HCG, debe ser sospechado en todo enfermo con hemoptisis y disnea progresiva, así como con gine-

comastia, lo cual nos llevará según Magrath¹⁷, a una actuación terapéutica adecuada y un pronóstico más favorable.

Aach¹⁸ refiere una elevada frecuencia de con-sanguíneos entre los pacientes con coriocarcinoma, siendo el pronóstico mejor en los que son de origen placentario que en los de otras localizaciones.

La evolución espontánea del tumor, en la inmensa mayoría de los casos, es fatal a breve plazo, siendo el tratamiento recomendado la exéresis quirúrgica, de acuerdo a los criterios oncológicos empleados para el cáncer broncopulmonar.

Resumen

Los autores relatan el caso de un varón de 67 años de edad, que fue diagnosticado de coriocarcinoma primitivo pulmonar que representa el caso número quince dentro de la literatura universal.

Se efectúa una amplia revisión de la literatura, siendo las determinaciones analíticas por radioinmunoensayo de las hormonas secretadas el principal método diagnóstico. El tratamiento quirúrgico de estos tumores se efectuará de acuerdo a los criterios oncológicos generales del cáncer bronquial.

Summary

PRIMARY CHORIOCARCINOMA OF THE LUNG: A REPORT ON ONE CASE AND A REVIEW OF THE PERTINENT WORLD LITERATURE

The case report on a 67-year-old man with primary choriocarcinoma of the lung is presented. To the authors knowledge, this is only fifteenth documented case in the literature. A review of the pertinent literature is included.

Among the diagnostic methods for the disorder, radioimmunoassay of the secreted hormones appears to be the method of choices. Surgical treatment follows the same oncological guidelines as for bronchial cancer.

BIBLIOGRAFIA

1. Brouet G, Chretien J, Marche J, Rousell G: Choriocarcinoma pulmonaire gestationel apparemment primitif. Jour Franc Med Chir Thor 1959; 13: 211.
2. Cacciamani J: Case of choriocarcinoma of the lung. Clin Notes Resp Dis 1971; 10: 10.
3. Coury Ch, Cabanne F: Les choriocarcinomes thoraciques chez l'homme. Jour Franc. Med Chir Tor 1959; 13: 675.
4. Datkhaev I: Chorioepithelioma of the lung in a male. Iul Gruchn Khir 1967; 9: 109.
5. Gerin-Lajoie L: A case of chorioepithelioma of the lung. Am J Obst Gyn 1954; 68: 391.

6. Giard P, Crinquette J: A propos d'un chorioepitheliome pulmonaire chez l'homme. *Jour Sci Med Lille* 1971; 89: 65.
7. Guichard A, Cabanne F, Larbre F, Bonne T: Chorioepitheliome isolé du poumon avec gynecomastie chez un homme de 55 ans. Pneumonectomie. Guérison depuis un an et demi. *Le Jour Med Lyon* 1953; 34: 201.
8. Hayakawa K, Takahashi M, Sasaki K, Kawaoi A, Okano T, Osada H, Otsuka T, Murota Y: Primary choriocarcinoma of the lung. Case report of two male subjects. *Acta Path Jap* 1977; 27: 123.
9. Kay S, Gleen Redd W: Chorioepithelioma of the lung in a female infant seven months old. *Am J Path* 1953; 21: 555.
10. Martínez Bordiu C, Fuejo Lago D, Márquez Montes J: Algunos aspectos anatomopatológicos del coriocarcinoma pulmonar. *Enf Tórax* 1971; 77: 45.
11. Rybakowa OG: Case of ectopic chorioepithelioma in lung and brain. *Pediatr Alcush Ginekol* 1971; 2: 61.
12. Schultz ZM, Hernández A, Rebara F: Primary choriocarcinoma of the lung. *Rev Mex Tub* 1956; 17: 314.
13. Blanchon P, Heruet E, Lapraz JC: Chorioepitheliomes pulmonaires. *Poum et Coeur* 1970; 36: 742.
14. Zapatero Domínguez J, Blanco Rodríguez JA, Santamaria A: Corioepiteliomas pulmonares. *Rev Clín Esp* 1960; 78: 283.
15. Guichard A, Cabanne F, Larbre F, Bonne T: Chorioepitheliomes pulmonaires chez l'homme et de leurs formes dites primitives. *Jour Med Lyon* 1953; 34: 235.
16. Mochizuki M: Chorionic tumor and TSH. *Jpn Cli Med* 1971; 29: 21.
17. Magrath IT, Golding PR, Bagshane KD: Medical presentations of choriocarcinoma. *Brit Med Jour* 1971; 2: 633.
18. Aach R, Kissane J: Choriocarcinoma. Clinicopathologic conference. *Am J Med* 1970; 49: 395.